

# TE PUPU TAOTE OHIPA

Association « Médecine du Travail de la C.P.M.E de Polynésie française »

Service Administratif  
Tél. : 40 50 21 21 / Fax : 40 50 21 15



Service Médical  
Tél. : 40 50 21 21 / Fax : 40 43 14 41

Immeuble CPME – Quartier Bonno - ARUE  
B.P.52292 – 98716 Pirae - Email : [contact@amt-cpme.pf](mailto:contact@amt-cpme.pf)

## DEMANDE D'ADHESION

Madame La Présidente,

Après avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association « Médecine du Travail de la C.P.M.E de Polynésie Française », nous avons l'honneur de solliciter par la présente, l'admission de notre entreprise pour une période d'un an renouvelable par tacite reconduction.

Raison sociale : .....

Activité (soyez très précis svp) : .....

Enseigne commerciale : .....

Nom du responsable du personnel : .....

Nom du comptable : .....

N° CPS Employeur : ..... Dirigeant affilié au RNS : Oui   
Non

N° RCS : ..... N° TAHITI : .....

Nbre d'employés déclarés à la C.P.S. (hors RNS) :  personnes

Adresse géographique du siège : .....

Boîte Postale : ..... Email : .....

Code Postal : ..... Tel : .....

Commune : ..... Fax : .....

Ile : .....

Nom du dirigeant : .....

**Nom et qualité** de la personne ayant le droit de vote aux Assemblées Générales de l'Association « Médecine du Travail de la C.P.M.E de Polynésie française » :

.....

**Nous prenons acte du fait que notre admission est soumise à l'approbation préalable du Président de l'Association, conformément à l'article 7 des statuts de l'Association.**

Cotisation	
Date d'adhésion	

(cadre réservé à l'AMT-CPME)

Fait à ..... le.....

(Cachet de l'entreprise et signature)

